



Vértices (Campos dos Goitacazes)  
ISSN: 1415-2843  
ISSN: 1809-2667  
essentia@iff.edu.br  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia  
Fluminense  
Brasil

## Impactos da contrarreforma na política de saúde em tempos de pandemia no Brasil

**Carvalho, Mariana Setúbal Nassar de**

Impactos da contrarreforma na política de saúde em tempos de pandemia no Brasil

Vértices (Campos dos Goitacazes), vol. 22, 2020

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense, Brasil

**Disponível em:** <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=625764793013>

**DOI:** <https://doi.org/10.19180/1809-2667.v22nEspecial2020p820-833>

Este documento é protegido por Copyright © 2020 pelos Autores.



Este trabalho está sob uma Licença Internacional Creative Commons Atribuição 4.0.

DOSSIÊ TEMÁTICO: VIOLÊNCIA DE ESTADO E POLÍTICA SOCIAL: ENTRE O APARATO ASSISTENCIAL E A CRIMINALIZAÇÃO DA QUESTÃO SOCIAL NO BRASIL

## Impactos da contrarreforma na política de saúde em tempos de pandemia no Brasil

Impacts of the counter-reform on health policy in times of pandemic in Brazil

Impactos de la contrarreforma en la política de salud en tiempos de pandemia en Brasil

Mariana Setúbal Nassar de Carvalho <sup>1</sup>

Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

mariana.setubal@iff.fiocruz.br

 <https://orcid.org/0000-0002-0076-6589>

DOI: [https://](https://doi.org/10.19180/1809-2667.v22nEspecial2020p820-833)

[doi.org/10.19180/1809-2667.v22nEspecial2020p820-833](https://doi.org/10.19180/1809-2667.v22nEspecial2020p820-833)

Redalyc: [https://www.redalyc.org/articulo.oa?](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=625764793013)

[id=625764793013](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=625764793013)

Recepção: 18 Agosto 2020

Aprovação: 23 Outubro 2020

### RESUMO:

Trata-se de ensaio teórico com a finalidade de analisar a política de saúde nos dias atuais no Brasil. Para isso, são apresentadas as bases do movimento de Reforma Sanitária, em especial no que foi materializado na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida, são abordados os efeitos da contrarreforma do Estado, traduzidos especialmente na implementação de modelos de gestão privatizantes e no desfinanciamento público, a exemplo da Emenda Constitucional nº 95/2016. Como resultados, é apontado um cenário particularmente dramático no contexto atual de pandemia da Covid-19, que desvela o efeito devastador do sucateamento dos serviços de saúde, atravessados ainda pela histórica desigualdade social brasileira, que possui impactos particularmente nefastos para a população mais pauperizada de pretos e pardos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Contrarreforma, Política de saúde, Desigualdade social.

### ABSTRACT:

This is a theoretical essay with the purpose of analyzing health policy in Brazil today. For this, the foundations of the Sanitary Reform movement are presented, the legislation of the Unified Health System (SUS) in particular. Then, the effects of the Brazilian State counter-reformation are dealt with, translated especially in the implementation of privatizing management models and in public funding, such as Constitutional Amendment No. 95/2016. As a result, a particularly dramatic scenario is pointed out in the current pandemic context of Covid-19, which unveils the devastating effect of the scrapping of health services, still permeated by the historical Brazilian social inequality, which has particularly harmful impacts for the most impoverished population of black and "pardo" citizens.

**KEYWORDS:** Counter-reformation, Health policy, Social inequality.

### RESUMEN:

Este es un ensayo teórico con el propósito de analizar la política de salud en Brasil hoy. Para ello, se presentan las bases del movimiento de Reforma Sanitaria, especialmente en lo que se materializó en la legislación del Sistema Único de Salud (SUS). Luego, se abordan los efectos de la contrarreforma del Estado, que se traduce especialmente en la implementación de modelos de gestión privatizadores y en financiamiento público, como la Enmienda Constitucional No. 95/2016. Como resultado, se señala un escenario particularmente dramático en el actual contexto de pandemia del Covid-19, que revela el efecto devastador del desguace de los servicios de salud, aún atravesado por la histórica desigualdad social brasileña, que tiene impactos particularmente dañinos para la población más empobrecida de negros y pardos.

**PALABRAS CLAVE:** Contrarreforma, Política sanitaria, Desigualdad social.

---

### AUTOR NOTES

- 1 Doutora em Serviço Social pela UFRJ (2011). Assistente Social da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro/RJ – Brasil. E-mail: [mariana.setubal@iff.fiocruz.br](mailto:mariana.setubal@iff.fiocruz.br).

## 1 INTRODUÇÃO

*El Tiempo  
tiene color de noche.  
De una noche quieta.  
[...]  
Y el Tiempo se ha dormido  
para siempre en su torre.  
Nos engañan  
todos los relojes.  
El Tiempo tiene ya  
horizontes.  
("Meditación primera y última". Federico García Lorca, 1923)*

O mundo passou por sucessivas mudanças nas últimas décadas do século passado que tiveram, como uma das consequências, a passagem à época neoliberal do capitalismo mundial. Nos últimos quarenta anos, o neoliberalismo transformou-se em movimento político hegemônico na compreensão do funcionamento econômico e na proposição de uma forma específica de relação entre o mercado e o Estado, com transformações históricas vivenciadas nos países centrais, mas de forma mais particular na América Latina (ANDERSON, 1995).

O ocaso do campo socialista cimentou as bases da ideologia do Consenso de Washington e do pensamento único, propiciando a ideia do fim do socialismo, da divisão entre direita e esquerda, voltada para a predominância de uma economia de mercado alicerçada no modelo de democracia liberal. De um mundo marcado pela presença de dois blocos que se dividiam em esferas de influências, passamos a um mundo pautado na hegemonia do imperialismo norte-americano. Por outro lado, do longo e maior ciclo de caráter expansivo da história do capitalismo vivenciado do final da segunda guerra mundial (1939-1945) até os anos 1970, se passou a um ciclo longo de caráter recessivo, em que o capitalismo ainda está, sem horizontes de superação (TAVARES *et al.*, 1993).

Os tempos neoliberais são de turbulências: a hegemonia dos grandes conglomerados monopolistas industriais passou a ser do capital financeiro de caráter especulativo, promovendo a incerteza porque as economias agem conforme as oscilações das bolsas de valores, das transferências rápidas de capital, das chamadas “operações de manada” que desestabilizam economias. A era da produção e da geração de empregos foi substituída pela era da taxa de juros, da especulação financeira, da precarização do trabalho e da concentração de renda.

A predominância dos governos que possuíam políticas de bem-estar social foi superada por governos que promovem a concorrência entre todos no mercado. Portanto, vivemos em um tempo de retrocesso de direitos e de conquistas da classe trabalhadora e de muitas expressões da pobreza. No caso do Brasil, acentuando as desigualdades sociais da base da estrutura de nossa sociedade.

A assunção avassaladora desta lógica foi possível por uma conjunção singular de eventos calcados na ideia de que, por um lado, o mercado financeiro seria a “pedra de toque” para o desenvolvimento e a harmonia social, e por outro, que o Estado e os direitos sociais universais de cidadania seriam a raiz da crise fiscal do Estado <sup>1</sup>. Com isso, uma importante estratégia foi a concentração do excedente de riquezas no mercado, sobretudo o financeiro, preconizando o desmonte das políticas sociais públicas.

Não se trata do fim da história, como vaticinou Francis Fukuyama (1989), mas de fato estamos sob um novo patamar histórico. A este respeito, Forrester (1997, p. 27) aponta “Uma quantidade importante de seres humanos já não é mais necessária ao pequeno número que molda a economia e detém o poder. Segundo a lógica reinante, uma multidão de seres humanos encontra-se assim sem razão razoável para viver neste mundo, onde, entretanto, eles encontraram a vida”.

Essa breve introdução alicerça o que discorreremos mais à frente: as condições necessárias criadas pelo capital como forma de generalizar sua lógica mercantil nas relações sociais, ou seja, na economia, na política, na cultura e desta forma, os impactos vivenciados nas últimas décadas na política de saúde brasileira não estão descoladas de seu caráter conservador expressado na naturalização das desigualdades sociais, tidas como inevitáveis e o discurso de que cabe aos indivíduos e às famílias garantir seu bem-estar social, transferindo a responsabilidade estatal dos direitos sociais para o mercado e para em alguns casos, para ações filantrópicas, gerando, nos termos de Yasbek (2001), uma “refilantropização do social”.

Em síntese, consideramos que Laura Tavares Soares baliza de forma precisa:

A filantropia substitui o direito social. Os pobres substituem os cidadãos. A ajuda individual substitui a solidariedade coletiva. O emergencial e o provisório substituem o permanente. As microssituações substituem as políticas públicas. O local substitui o regional e o nacional. É o reinado do minimalismo do social para enfrentar a globalização da economia. Globalização só para o grande capital. Do trabalho e da pobreza cada um cuide do seu como puder. De preferência, um Estado forte para sustentar o sistema financeiro e falido para cuidar do social (SOARES, 2003, p. 12).

Mas importa destacar que, a despeito do conservadorismo presente neste projeto que naturaliza a ordem do capital e as desigualdades sociais, não se deve desconsiderar a presença e a força das lutas e dos movimentos de resistência na construção da história, destacando ainda o projeto de Reforma Sanitária, fruto de intensa mobilização dos profissionais e movimentos sociais da saúde. Tampouco desconsiderar a importância do horizonte das lutas para a classe trabalhadora, e neste sentido Federico Garcia Lorca nos brinda com o poema da epígrafe.

Sem a pretensão de esgotar todos os elementos deste debate, a exposição a seguir considera: 1. Contexto histórico da Reforma Sanitária e do que o SUS representou; 2. Neoliberalismo e impactos nas políticas sociais, mais especificamente na saúde; 3. Desigualdades sociais evidenciadas pela pandemia do Covid-19.

## 2 A ESPERANÇA EQUILIBRISTA: REFORMA SANITÁRIA, SUS E HISTÓRIA

Nenhuma análise sobre a historiografia da saúde no Brasil pode deixar de reconhecer a importância do que representou, tanto o movimento de Reforma Sanitária, quanto a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), e não por acaso, estes são os temas mais referidos nos textos sobre saúde pública brasileira (PAIVA, 2014). No âmbito da saúde, o interesse até então restrito aos técnicos, passa a assumir uma dimensão política, assumida enquanto um aspecto central, com estreita vinculação com a democracia, através de quatro protagonistas, segundo Bravo (2009, p. 95): as entidades que representavam os profissionais de saúde e que naquele momento ultrapassavam o caráter corporativo para adensar as lutas mais gerais e a favor do setor público; o movimento sanitário difundido pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) criado em 1976; os partidos políticos de oposição, que começaram a pautar na agenda do Congresso este debate; e os movimentos sociais urbanos.

A referida politização foi uma das primeiras metas desse movimento com escopo de dar visibilidade às suas principais demandas, tendo a 8ª Conferência Nacional de Saúde como fato mais marcante nesta direção, ocorrida em 1986 em Brasília-DF. Com quantidade superior a mil delegados e mais de quatro mil participantes, a questão da saúde sobejou a análise setorial, representando com isso um marco, pois articulou saúde e sociedade.

Segundo Sérgio Arouca (1988), a concepção da Reforma Sanitária brasileira entendia que o significado de suas propostas fazia parte de um movimento mais amplo de mudanças na sociedade, para além da saúde. Neste campo, as agendas da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) para a saúde pública se confundiam também com as lutas pela redemocratização da sociedade (SOPHIA, 2012).

Esse momento histórico, porém, possui leituras distintas a respeito das forças em presença: a de que o movimento sanitário teria logrado a formulação de projeto contra-hegemônico que visava à reconstrução da sociedade em novas bases, conforme assevera Oliveira (1988), ou em sentido oposto, como um movimento oriundo de setores intelectualmente mais esclarecidos e progressistas, que iriam se caracterizar como a continuidade sobre novas bases, mas sem alterar a estrutura vigente (CAMPOS, 1988). Para Sônia Fleury (2009a), a acentuada modificação político-institucional que tinha como devir um novo patamar civilizatório ensejada pela Reforma Sanitária, na qual transformaria a saúde de fato em bem público, reforçaria a ideia, em suas palavras, de que a reforma seria um processo ainda inconcluso. Na análise de Escorel (2005), os movimentos das universidades (incluindo o movimento estudantil), instituições como o CEBES, movimentos de médicos e demais atores e instituições foram os principais suportes da Reforma Sanitária.

Concordamos com Paim, quando afirma:

Portanto, a Reforma Sanitária, enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª CNS e desenvolveu-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo (PAIM, 2008, p. 173).

Embora parte importante das reivindicações do movimento de Reforma Sanitária tenha sido contemplada pela Constituição de 1988, é importante que se sublinhe que esta obteve influência também de representantes interesses privados de indústrias farmacêuticas.

O dever do Estado em prover universalmente a saúde através de um sistema único que atuasse através de uma rede integrada e regionalizada, garantindo mecanismos de participação da comunidade foram aspectos relevantes aprovados pelo texto constitucional. Outrossim, foram incorporadas formas de a sociedade poder interferir nas políticas de forma legítima, como por exemplo, as conferências e os conselhos de saúde ou ainda através de instâncias como comissões intergestores e todos os níveis de governo. Para Sônia Fleury, o movimento que propulsou a Reforma Sanitária brasileira requestava o horizonte de um novo patamar civilizatório (FLEURY, 2009b).

Mas na década de 1980, a sociedade brasileira também experienciou uma profunda crise econômica, sendo considerada por muitos estudiosos como a “década perdida”, e as medidas criadas não contaram com o impacto esperado no avanço das condições de saúde. Bravo realiza síntese precisa, quando afirma (2009, p. 99):

No final da década de 80, já havia algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária, cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, que passam a dar a direção no setor a partir de 1988.

Ou seja, as lutas travadas neste período também seguiram nos anos seguintes, não apenas na saúde, mas por projetos de sociedade. Não podemos esquecer que em 1989, com a eleição de Fernando Collor de Mello, a doutrina liberal<sup>2</sup> começa a ser implementada no país, se ratificando após com Fernando Henrique Cardoso e tendo continuidade nos governos seguintes, ainda que com diferenças.

Segundo Paim (2008), no final do governo Sarney, o processo da Reforma Sanitária contabilizou notáveis retrocessos. Estes foram marcados primordialmente pela recentralização do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a prorrogação do envio do projeto de Lei Orgânica da Saúde para o Congresso Nacional e as leis nº 8.080/90 (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências) e 8.142/90 (Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais

de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências) por Collor de Mello, malgrado a falta de compromissos de seu governo com os preceitos do SUS (BRASIL, 1990a, 1990b).

Algumas outras modificações ocorreram no governo de Itamar Franco, fazendo expandir o processo de descentralização do SUS através da promulgação da NOB-93 (BRASIL, 1993. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93). Com Fernando Henrique Cardoso teve início a reforma do Estado que pautava a estabilização monetária, as políticas de ajuste macroeconômico e a privatização das empresas estatais. Esse projeto estava na contramão dos postulados democráticos da Reforma Sanitária, que neste momento histórico buscava no limite, preservar o SUS. Nos governos Lula, apesar de se colocar o desafio de incorporar a agenda da reforma, manteve-se a contraposição entre os dois projetos (BRAVO, 2009). O governo Bolsonaro aprofundou o projeto de desmonte institucional com a aprovação da Reforma da Previdência, dentre outras medidas. A agenda vai além do ajuste fiscal permanente imposto pela Emenda Constitucional Nº 95/2016.

Contudo, a agenda política de propostas e projetos da Reforma Sanitária Brasileira em seu formato pleno ainda está inconclusa, pois como disse o poeta: *A esperança dança na corda bamba de sombrinha*. É necessário que se reafirme seus princípios e diretrizes, que se construa pactos incursos na radicalidade da proposta de democratização da saúde (ABRASCO, 2002, p. 327).

### 3 É PRECISO ESTAR ATENTO E FORTE: PROJETOS EM CONFRONTO E OS DESAFIOS ATUAIS PELO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

A década de 1990 foi marcada pelo redimensionamento do Estado no âmago das políticas de ajuste neoliberal e levantou novos desafios na viabilização da premissa da saúde como um direito de todos e dever do Estado, baseada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Esta é uma pauta que se coloca para a sociedade como um todo, mas particularmente para as forças políticas em torno do projeto da Reforma Sanitária.

É fato que o reconhecimento constitucional do direito à saúde fornece o esteio para um conjunto de políticas, programas e ações que vão decorrer disso e em menor ou maior grau, afetar a vida da população usuária. Sem embargo, sabemos que a garantia efetiva do direito à saúde ainda não foi alcançada no cotidiano da vida da classe trabalhadora. Decorridas quase três décadas da implantação do SUS, em alguns aspectos e/ou regiões, apontamos a manutenção e ampliação das desigualdades no acesso aos serviços e na distribuição dos recursos e programas. Em síntese, o arranjo atual dos serviços de saúde no Brasil não advém de fatores políticos conjunturais, mas sobretudo de determinantes estruturais ainda não superados.

Esse cenário traduz as disputas de distintos projetos de sociedade que no âmbito da saúde estão divididos por dois blocos: projeto democrático-popular do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e projeto voltado para o setor privado na saúde/mercado (BRAVO, 2009).

A chegada dos anos 1990 marcou ainda um declínio acentuado do financiamento público no setor saúde. Para Soares (1999), o processo de desmantelamento geral da máquina pública atingiu severamente as políticas de saúde. Após o governo Collor (março de 1990 a dezembro de 1992), as aprovações das Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990) só foram possíveis porque o Congresso Nacional tinha a mesma composição da Assembleia Nacional Constituinte (RODRIGUEZ NETO, 2003). O debate sobre o desfinanciamento do SUS está vinculado à desconstrução do conceito de seguridade social, que começou a se operar naquele momento e que se implantou de maneira definitiva com o governo Fernando Henrique Cardoso.

Coincidentemente ao processo de desfinanciamento do SUS e de degeneração dos serviços públicos, observou-se a reconfiguração da relação público-privada. Com base na Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos passam a ser privilegiadas em detrimento dos



hospitais contratados, uma tendência que já vinha sendo preparada desde os anos 1980 e se sobrepõe ao longo da década de 1990. A assistência médica suplementar também se reestruturou através de políticas baseadas em deduções e subsídios fiscais.

O Plano Diretor da Reforma do Estado (1995) apontou os fundamentos dessa proposta ao indicar reformas econômicas orientadas para o mercado através um ajuste fiscal duradouro com dois pressupostos: uma política de *superavit* primário *pari passu* à drástica diminuição dos gastos sociais para formar receita para o pagamento dos juros e da dívida externa ao Fundo Monetário Internacional (FMI), levando ao aumento da pobreza e da desigualdade social (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

A lógica implícita era do custo alto devido à tendência de aumento continuado dos gastos do sistema, em razão da complexidade e da sofisticação tecnológica do tratamento médico-hospitalar (LIMA, 2010). Essa clivagem era, não por acaso, uma das ideias-força do receituário do Banco Mundial para a reforma do setor saúde no país e assim, na segunda metade dos anos 1990, assistiu-se a um intenso processo de terceirização dos serviços de saúde (RIZZOTTO, 2012).

No governo de Lula da Silva (2003-2011), observou-se políticas de apoio e trato fiscal distinto para produtores privados de saúde, contrário às expectativas de estancamento do processo de privatização e mudanças do modelo assistencial. Em outras palavras, o governo Lula reatualizou as medidas de apoio, de proteção fiscal, principalmente às instituições privado-filantrópicas, e de subsídio às empresas de planos e seguros de saúde, e incorporou a concepção de um Estado eficiente para transferir dos serviços públicos para o mercado, tal como no governo anterior.

Entendendo a saúde enquanto um direito humano, um novo projeto de desenvolvimento reclama investimentos em políticas de pleno emprego, combate às desigualdades de renda; políticas de habitação, saneamento e transporte público; acesso universal na educação, em condições dignas de trabalho a todos os profissionais e trabalhadores do SUS. Do mesmo modo, sem a democracia e os direitos sociais, civis e políticos não é possível promover o direito à saúde. A última questão se refere à necessidade de superação do subfinanciamento, que reside na consolidação do orçamento da Seguridade Social como fator fundamental (SOUZA *et al.*, 2019).

É necessário que se supere o modelo ainda hegemônico no SUS, biomédico e mercantilista, e que se fortaleça a promoção da saúde, a intersetorialidade, as práticas voltadas para os determinantes sociais da saúde e a ampliação da cobertura. Outro importante aspecto a ser considerado remete ao fortalecimento do chamado complexo produtivo da saúde, através da ampliação de investimento em produção de bens de saúde e capacidade de inovação (GADELHA *et al.*, 2012).

Por conseguinte, as estratégias devem permanecer na agenda daqueles que apostam na democratização da saúde que vá além de uma reforma setorial, mas sim do Estado e da sociedade, assim como a defendida no projeto de Reforma Sanitária no Brasil.

#### 4 QUANTO VALE UMA VIDA HUMANA, ME DIZ? COVID-19 EM CONTEXTO DE PROFUNDA DESIGUALDADE SOCIAL

O mito grego de Pandora, que em seu sentido etimológico significa “presente para todos”, fala da possibilidade de algo que pode trazer à tona todos os males do mundo. Segundo este mito, ao ser aberta, a caixa de Pandora teria libertado todas as doenças e outros males que afligem a espécie humana. De certa forma, a pandemia da Covid-19 explicitou de forma candente e sem precedentes as feridas de uma sociedade que como se sabe, é pautada por profunda desigualdade global.

Denominado “*Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2*” (SARS-CoV-2), a doença Covid-19 tornou-se o mais grave problema de saúde pública mundial desta geração. Há uma frase comumente repetida por parte da mídia e reproduzida pelo senso comum de que o vírus é democrático. Na verdade, o que se sabe é que em dezembro de 2019 o vírus começou a circular de maneira mais evidente numa área

circunscrita da província de Wuhan na China e através da grande circulação global que caracteriza o mundo contemporâneo chegou aos demais países e continentes, sendo formalmente caracterizada como uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020.

A pandemia conceitualmente atinge o mundo como um todo, mas em países como o Brasil possui repercussões significativas, sobretudo para a população mais empobrecida, como provocou de forma precisa o músico Emicida em sua música (“Dedo na Ferida”), que dá o título da seção. Não por acaso, em final de fevereiro foi noticiado o primeiro caso confirmado de Covid-19 no Brasil de um indivíduo vindo de viagem à Europa e tendo sido tratado em uma unidade privada de saúde (Ministério da Saúde, 26/02/2020, amplamente divulgado pela mídia). Menos de 20 dias após, tivemos a primeira morte decorrente do novo coronavírus, de uma mulher de 63 anos, residente do município de Miguel Pereira, trabalhadora doméstica, tendo sido infectada pela patroa, que havia acabado de também chegar da Itália.

Como é sabido, a saúde de uma população não pode ser de exclusiva responsabilidade do setor saúde, visto que dela dependem condições sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais. Segundo a Organização Mundial da Saúde desde 1946 (WHO, 2006) ela é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Desta forma, advogamos que a pandemia de Covid-19 causada pelo coronavírus não é um processo meramente biomédico, visto que as condições sociais, articuladas aos aspectos territoriais, são determinantes nas consequências causadas na população contaminada, sendo assimétricas nos efeitos e na capacidade de se proteção, de acordo com os grupos populacionais. As influências de classe social, renda, características étnico-raciais, de gênero e cultura fornecem uma chave para o entendimento do que está por trás da desigualdade na saúde. Também não se trata de novidade na história mundial que epidemias ocorridas por infecções respiratórias, como gripe espanhola, H1N1 e SARS, evidenciaram que as desigualdades sociais são medulares para transmissão e prognóstico das doenças (MAMELUND, 2017).

Um recente estudo na Inglaterra realizado com quase 17 mil pacientes internados com Covid-19 demonstrou que condições preexistentes de saúde possuem associação importante com o acréscimo de mortalidade hospitalar (DOCHERTY *et al.*, 2020). No Brasil, 45% da população adulta referiu ter, pelo menos, uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), com fator de risco que aumenta o risco de complicações causadas pelo coronavírus – como diabetes, hipertensão, obesidade – segundo pesquisa realizada na UNIFESP com base de dados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/IBGE) de 2013 (REZENDE *et al.*, 2020). Os números se tornam ainda mais alarmantes na comparação do grau de escolaridade: enquanto entre as pessoas de nível superior essa proporção é de 46%, nos adultos de baixa escolaridade (apenas primeira etapa do ensino fundamental) cerca de 80% atende aos critérios de grupo de risco. Parte destas condições ocorrem por fatores ligados a estilo de vida e saúde – sedentarismo, alimentação, tabagismo, stress, ou seja, são socialmente determinadas.

Sendo o Brasil um país com marcas históricas de profunda desigualdade social e sendo o racismo elemento estrutural e estruturante das relações sociais (ALMEIDA, 2018), estas marcas se reatualizam com efeitos perversos neste período de pandemia, e é a população de pretos e pardos que sofrem as maiores consequências da pobreza e pouco acesso, sendo o racismo um dos determinantes sociais que mais impactam a saúde e a vida das populações negras. O fator étnico-racial é, pois, um elemento fundamental nas análises acerca da equidade na saúde. A categoria raça/cor, a despeito de não impactar de maneira significativa os índices de infectados, demonstra, contudo, ser um importante indicador para a análise do maior número de óbitos de negros, o que evidencia que o custo pela desmesurada desigualdade social não é devido da mesma forma, demonstrado de maneira inequívoca.

O indicador internacional de Coeficiente de Gini, que mensura a concentração de renda dos países, coloca o Brasil no patamar de 10º país mais desigual do mundo com índices mais elevados que países africanos como Angola. No Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), indicador que prevê o desenvolvimento humano



dos países com base em aspectos como educação, renda e saúde da Organização das Nações Unidas (ONU), a nota brasileira em 2018 foi 0,539 – com medidas de 0 a 1, sendo 1 o mais igualitário possível.

Mesmo a situação de extrema pobreza vem crescendo desde 2015, invertendo a curva descendente que vinha desde 2000 (atribuído principalmente a políticas públicas como o Bolsa Família), e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) já soma 13,5 milhões de pessoas que sobrevivem com até 145 reais mensais (parâmetro utilizado pelo Banco Mundial), atingindo em especial estados do Norte e Nordeste. Mas não somente dados da pobreza no Brasil dão concretude à desigualdade social tão latente: o IBGE também aponta que 10% da população brasileira possui 40,5% dos rendimentos do país.

Tomando como referência o município do Rio de Janeiro, que figura entre as 10 capitais mais desiguais do mundo, estima-se que em média 22% dos seus habitantes moram em favelas, chegando em algumas regiões de planejamento urbano como Ramos, por exemplo, a um índice de 43,6% da população. Em relação ao quesito raça/cor (pretos e pardos autodeclarados), em nenhuma das regiões de planejamento o percentual de negros nas favelas era menor do que 50%. A renda média nos bairros formais é três vezes maior que dos moradores de favelas (IPP, 2013). Além dos desafios históricos relacionados a intermitência ou falta de água, moradias de baixa ventilação, iluminação e espaço e acesso aos serviços públicos, a situação desta parcela da população é agravada pelo contexto de violência estrutural. Ou seja, o padrão segregacionista da urbanização brasileiras e mostra mais danoso à saúde humana.

Desde a declaração oficial de que estávamos sob a égide de uma pandemia, em março deste ano, medidas de isolamento social foram tomadas em todo mundo (ainda que em graus diferentes) como forma de conter o aumento exponencial de casos. Entendendo que essas medidas que enfatizam a responsabilidade individual são necessárias, mas o fato é que elas são insuficientes se não estiverem articuladas com intervenções coletivas na prestação de serviços de saúde.

Essa desigualdade que alicerça a sociedade brasileira se evidencia entre os que dispõem de recursos econômicos, sociais e de valores sanitários que possam possibilitar este tipo de proteção. Sendo o espaço urbano desigual, nos territórios onde a pobreza urbana é mais acentuada as estratégias individuais de prevenção e orientações de controle como o distanciamento social são extremamente dificultadas, seja pela alta densidade demográfica, limitações de espaço, infraestrutura das moradias, deficiências no saneamento, arruamentos e autoconstruções além de dificuldades no acesso aos serviços de saúde e demais equipamentos urbanos. Outro aspecto relevante diz respeito à mobilidade urbana, pois a distância entre moradia e trabalho e a precariedade do sistema de transporte coletivo geram situações de risco para aqueles que circulam nestes espaços (SANTOS, 2020).

Sendo assim, é essencial que sejam garantidas condições básicas de higiene e infraestrutura pelo Estado, através da articulação das políticas de saúde e assistência social. Incluem-se no enfrentamento desta pandemia a construção de um pensamento sobre os seus significados e como é possível defrontá-las e mitigar seus danos, considerando a perspectiva de pandora: a caixa, ao ser aberta, expõe todos os males, mas, com eles, traz também possibilidades de sua confrontação.

## 5 TECENDO CONSIDERAÇÕES FINAIS: COMO IMPLEMENTAR ESSA AGENDA?

Longe de ser um texto final e conclusivo, este texto é um convite à reflexão sobre os principais desafios que se apresentam na contemporaneidade, em especial no que se refere a uma agenda da saúde pautada nas premissas da Reforma Sanitária, sendo necessária para isso a análise crítica das forças em presença no momento histórico presente e do que se avizinha.

No contexto de crise política, social e econômica em que nos encontramos, não há dúvidas de que ingressamos na segunda década do século com enormes desafios da luta pelo direito à saúde, agravada pelos marcos da política neoliberal que estabelece prioridades contrárias aos desígnios da Constituição Federal e do SUS pautados nos princípios da universalidade e do dever do Estado.

Não é de menor relevância tudo o que foi conseguido até agora com o SUS, com destaque para a cobertura assistencial em todo território brasileiro, e ainda fazer com que isto abrangesse todos os níveis de atenção, mesmo os mais complexos. Mas ainda persistem a grande desigualdade regional no país, sobretudo entre o que se traduz em oferta de serviços nas áreas urbanas e áreas rurais.

Apontamos a 16.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde realizada em 2019, ocorrida trinta e um anos após da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como um importante momento ao lançar um documento norteador retomando o tema central (“Democracia e Saúde”) da histórica 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986. Com as necessárias atualizações e a pauta do congelamento dos recursos para as políticas sociais por 20 anos contidos na Emenda Constitucional nº 95 (EC-95) de 2016. Estamos certos de que este foi um espaço para o necessário debate de proposição de estratégias que visam o fortalecimento do SUS.

Há de se sublinhar que é necessário reatualizar e ampliar o debate público sobre a radicalidade da democracia no cotidiano das instituições, em todos os espaços, em favor dos direitos de cidadania. Igualmente deve ser retomado o debate em torno das premissas da seguridade social brasileira, em seu caráter integrado das políticas de previdência, saúde e assistência social. O SUS não deve perder sua dimensão nacional e de um sistema integrado.

Como já mencionado, a era neoliberal é uma era de turbulências, marcada pelo capital financeiro especulativo hegemônico. Desde sua construção, os desafios do SUS também foram se modificando: demograficamente, epidemiologicamente, sem superar suas desigualdades sociais, econômicas e políticas. Para Maria Inês Bravo (2009, p. 107), o projeto de reforma sanitária está perdendo para o projeto que prioriza o mercado e os valores basilares da noção de seguridade social foram sucedidos por valores individualistas, que sustentam a fragmentação e a um SUS voltados para os mais pobres, análise na qual concordamos.

Mas é necessário afirmar que ainda há brechas e possibilidades de defender e apostar na reconstrução do SUS. Do ponto de vista histórico, a jovem Reforma Sanitária brasileira ainda pode e deve encontrar formas de enfrentar a política neoliberal e avançar. Pois como Martinelli nos ensinou (2011, p. 505): “tenhamos sempre coragem de fazer de nossa prática uma expressão plenamente ética e desejante, que pulse com a própria vida”.

## REFERÊNCIAS

- ABRASCO. A agenda reiterada e renovada da Reforma Sanitária Brasileira. *Revista Saúde em Debate*, v. 26, n. 62, 2002, p. 327-331.
- ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (org.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-23.
- AROUCA, S. A Reforma Sanitária brasileira. *Tema/Radis*, v. 11, p. 2-4, nov. 1988.
- BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Ed. Cortez, 2006.
- BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990a.
- BRASIL. **Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990b.
- BRASIL. **Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, 1995**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

- BRAVO, M.I.S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.
- CAMPOS, G.W.S. A reforma sanitária necessária. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S.F.; CAMPOS, G.W.S. *Reforma sanitária : Itália e Brasil*. São Paulo: Editora Cebes, Hucitec, 1988. p.179-194.
- DOCHERTY, A.B. *et al.* Features of 16.749 hospitalised UK patients with Covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol. **MedRxiv: The Preprint Server for Health Science**, 28 abr. 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.23.20076042v1>.
- ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S. EDLER, F. C. (org.). *Saúde e democracia : história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.59-81.
- FLEURY, S. Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, p. 156-164, 2009a.
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, jun. 2009b.
- FORRESTER, V. **O horror econômico**. São Paulo: Ed. Unesp, 1997.
- FUKUYAMA, F. **O fim da história e o último homem**. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 1989.
- GADELHA, C. A.G. *et al.* **A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
- GARCÍA LORCA, F. **Obra completa, Tomo III**. Madri: Akal, 2008.
- IPP. INSTITUTO PEREIRA PASSOS. Favelas x Não Favelas. **Cadernos do Rio**, 2013. Disponível em: <http://rio.rj.gov.br/web/ipp>. Acesso em: 2020.
- LIMA, J. C. F. A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? **Observatório História**, Fundação Oswaldo Cruz, ago. 2010. Disponível em: [www.observatoriohistoria.coc.fiocruz.br](http://www.observatoriohistoria.coc.fiocruz.br). Acesso em: 2020.
- MAMELUND, S-E. Social inequality a forgotten factor in pandemic influenza preparedness [online]. **Tidsskriftfor Den norske legeforening**, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.17.0273>.
- MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social e Sociedade** [online], n. 107, p. 497-508, 2011.
- OLIVEIRA, J. A. Reformas e reformismo: “democracia progressiva” e políticas sociais (ou “para uma teoria política da reforma sanitária”). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 360-387, 1988.
- PAIM, J. S. A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual. In: PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 153-174.
- PAIVA, C. H. A. *et al.* Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História Ciências Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010459702014000100015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702014000100015&lng=pt&nrm=iso).
- REZENDE, L.F.M. *et al.* Adults at high-risk of severe coronavirus disease-2019 (Covid-19) in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 50, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2020.v54/50/en>. Acesso em: 2020.
- RIZZOTTO, M.L.F. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS**. São Paulo: Hucitec Editora, 2012.
- RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.
- SANTOS, J.A.F. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000300303&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300303&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 2020.
- SOARES, L.T. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.
- SOARES, L. T. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2003.

- SOPHIA, D. C. Notas de participação do Cebes na organização da 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde: o papel da revista *Saúde em Debate*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.36, n.95, p.554-561,2012
- SOUZA, L. E. P. F. *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000802783&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802783&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 2020.
- TAVARES, M. C.; FIORI, J. L. (Des)**Ajuste global e modernização conservadora**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1993.
- WHO. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. supl. 45. ed. out 2006. (Documentos básicos). Disponível em inglês em: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf?ua=1). Acesso em: 2020.
- YASBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social. *Revista Temporalis*, ABEPSS, v. 3, n. 3, p. 33-40, jan./jun. 2001.

## NOTAS

- 1 Uma análise teórica e histórica do modo de produção capitalista denota que a chamada crise é constitutiva do capitalismo, e, portanto, não é aleatória ou excepcional. Uma abordagem minuciosa a este respeito encontra-se em: NETTO, J.P.N.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006 (Biblioteca básica. Serviço Social).
- 2 O modelo no qual se baseava o governo Collor residia na suposição de que a redução do tamanho do Estado e das massivas privatizações reduziriam o *deficit* público e a inflação, além da pauta que dizia respeito à liberalização do comércio exterior como forma de tornar mais “moderna e internacionalizada” nossa economia. Para análise aprofundada, sugerimos: SOARES (1999).

## INFORMAÇÃO ADICIONAL

**COMO CITAR (ABNT):** CARVALHO, M. S. N de. Impactos da contrarreforma na política de saúde em tempos de pandemia no Brasil. *Vértices (Campos dos Goitacazes)*, v. 22, n. Especial, p. 820-833, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19180/1809-2667.v22nEspecial2020p820-833>. Disponível em: <http://www.essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/15730>.

**COMO CITAR (APA):** Carvalho, M. S. N de. (2020). Impactos da contrarreforma na política de saúde em tempos de pandemia no Brasil. *Vértices (Campos dos Goitacazes)*, 22(Especial), 820-833. <https://doi.org/10.19180/1809-2667.v22nEspecial2020p820-833>.